

A Psicoterapia no Século XXI: possibilidades, novas perspectivas, desafios*

Ryad Simon**

RESUMO

Mudanças sociais e econômicas sofridas nos últimos 50 anos – trânsito emperrado, aumento da procura de ajuda psicológica por pacientes com menores recursos econômicos – só conseguindo custear uma sessão semanal de Psicoterapia Psicanalítica – impuseram necessidades de adaptação que Freud sugeriu após a Primeira Grande Guerra: *fundir o ouro da análise ao cobre da sugestão*. Apenas uma sessão por semana leva o paciente a trazer problemas atuais (bloqueando a livre associação), forçando o terapeuta a deles se ocupar (bloqueando sua atenção livremente flutuante) distanciando-se do manejo da transferência e da captação dos conflitos inconscientes. A Psicoterapia Psicanalítica acaba se transformando numa Psicoterapia Breve prolongada. Progressos recentes na indústria da informática (computadores, celulares) facilitam as comunicações, mas superficializam o contato exacerbando um exibicionismo pueril e escrita truncada, acarretando capacidade de pensar empobrecida. Tal atitude imediatista que permeia a Cultura impele à busca de resultados rápidos, dispensando o conhecimento das causas: o sujeito quer se livrar dos sintomas. Essa urgência de resultados aumenta a busca por outras formas de terapias em detrimento das psicoterapias psicanalíticas. Uso de artefatos para superar distâncias (skype) também dificultam captação do inconsciente. Esperemos que outra reviravolta cultural e a procura inerente da verdade recrudescam o interesse pela Psicoterapia Psicanalítica.

Palavras-chave: Psicoterapia Psicanalítica – Fatores Socioculturais – Mudanças Técnicas

* Apresentado ao *XI Congresso Latinoamericano de Psicoterapia e II Congresso Brasileiro de Psicoterapia* em São Paulo 20/08/2015.

** Professor Titular pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Coordenador dos Cursos de Especialização *Psicoterapia Psicanalítica e Psicoterapia Breve Operacionalizada* na Universidade Paulista. Membro Efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. e-mail: ryad@usp.br

¹ Freud, S. (1919) Standard Edition, vol. XVII p 167-168.

O tema que estaremos examinando lembrou-me algo semelhante abordado por Freud ao final da Primeira Grande Guerra no texto de 1919: *Linhas de progresso na terapia psicanalítica*, momento em que confrontava a prática da Psicanálise – restrita a poucos pacientes – com a necessidade de estender seus benefícios a maior parcela da população, concluindo: “É muito provável, também, que a aplicação em larga escala de nossa terapia nos compelirá a fundir livremente o ouro puro da análise com o cobre da sugestão”¹ (...). Hoje, com quase 100 anos de distância do texto citado, deparamo-nos com dificuldades não muito diferentes. Dada a extensão de minha prática clínica e didática em Psicoterapia Psicanalítica, me aterei a seguir mormente essa modalidade.

Creio que uma boa maneira de pensar o presente e formular uma perspectiva futura é começar pelo passado. Iniciei minha Especialização em Psicologia Clínica em 1960 – (com os mestres Durval Marcondes e Aníbal Silveira) pela Universidade de São Paulo – após concluir minha formação em Filosofia pela mesma Universidade. Nesses 55 últimos anos de atividade pude acompanhar pelas publicações e pessoalmente – através de meus colegas – no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP, no Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina (atual UNIFESP onde militei 25 anos) e na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, os desdobramentos da evolução e “das modas” em Psicoterapia.

Qual a razão da existência da Psicoterapia? Toda vez que uma pessoa não consegue por si encontrar uma solução adequada para uma dificuldade adaptativa busca alguma coisa, ou alguém, que a auxilie a descobrir uma solução mais adequada. À medida que o homem foi se distanciando do funcionamento selvagem pela necessidade direta de alimento e sexo e precisando viver em grupos mais amplos para melhor atender seus interesses, foi precisando criar regras de convivência e de propriedade, acarretando relações interpessoais mais complexas, resultando dificuldades de adaptação amplas. As perplexidades geradas pela participação em grupos; as dificuldades emocionais e de interesses que a vida comunitária foi colocando criaram conflitos que o homem não conseguia sozinho resolver satisfatoriamente. Foi sendo procurado alguém para ajudar na resolução dos problemas: o homem mais idoso e mais sábio; ou o mais sensível e em contato com o sobrenatural. No passado – mas também no presente (e provavelmente até o fim dos tempos) – as pessoas procuraram a magia, a religião ou algo semelhante. Em fins do século XIX os

médicos recorriam aos tratamentos termiais, à sugestão, à hipnose. Freud começou aplicando a hipnose e, graças a sua excepcional capacidade de observação, reflexão científica e inventividade, desenvolveu a Psicanálise. E esta, naturalmente, foi se transformando através dos tempos: quer na teoria, quer na técnica de sua aplicação.

Um dado singelo que utilizo como esboço para sintetizar as mudanças que a Psicoterapia Psicanalítica tem sofrido desde a segunda metade do século passado pode ser apreciado através de minhas análises pessoais e minha prática psicoterápica. Na década de 60 por necessidade de formação em Psicoterapia Psicanalítica submeti-me a análise cinco vezes por semana durante oito anos seguidos. Terminei essa análise dita “terapêutica” para iniciar minha análise “didática” por outros oito anos, comparecendo quatro vezes por semana ao consultório de minha analista. Na década de 60 a 70 eu atendia pacientes com três a quatro sessões semanais. Da década de 90 a 2005 trabalhei com os pacientes três vezes por semana. Nos anos recentes os pacientes comparecem duas vezes por semana; mas a maioria só consegue vir uma sessão semanal – seja por dificuldade de tráfego ou de pagamento; ou ambos. Era inevitável que essa variação na frequência semanal às sessões tivesse repercussões no modo de praticar a Psicoterapia Psicanalítica bem como em seus resultados.

Qual o significado da redução paulatina da frequência semanal às sessões? A principal delas, a meu ver, é a variação naquilo que Freud (1914) denominou “elaboração da *neurose transferencial*”. Esta, dificilmente acontece com intensidade no trabalho psicoterápico de apenas uma sessão por semana. Assim, pacientes considerados “*quadros graves*” em minha classificação adaptativa (vide Simon, R. 1989, 2005 e 2010), ou seja, sofrem de neuroses e psicoses bem caracterizadas – e que necessitariam de mudanças estruturais da personalidade – não obteriam alteração mais ampla e permanente do quadro clínico com psicoterapia psicanalítica tão sumária; e estariam mais sujeitos a recaídas. Para alterações na estrutura da personalidade é necessário refazer as formações caracterológicas estabelecidas na infância. Estas construções intrapsíquicas, resultado das interações entre impulsos (instintos e consequentes fantasias inconscientes); angústias despertadas por esses impulsos e fantasias; defesas contra essas angústias e impulsos, vão se cristalizando em várias formas de adequações para lidar com as exigências da realidade psíquica e da realidade objetiva. O conjunto dessas formas inadequadas de funcionamento constituem tipos de Adaptação

menos eficazes que acima denominei de “quadros graves”. Para modificar essas estruturas arcaicas é necessário favorecer a regressão do paciente, o que geralmente se consegue com o manejo da neurose transferencial dentro da *situação analítica*. Com apenas uma sessão semanal de psicoterapia psicanalítica dificilmente se chega à neurose de transferência. Pior: se chegar, com apenas um atendimento semanal, pouco se consegue fazer terapeuticamente para atender às angústias e impulsos revividos por essa regressão. Seria como fundir um objeto metálico no cadinho da transferência e, devido à falta de condições para refazê-lo, retorná-lo à forma anterior. A análise da neurose de transferência gera condições para “derreter” as estruturas arcaicas rígidas e refundir novas estruturas – mais flexíveis e adequadas – através de elaboração cuidadosa, delicada e persistente da relação psicanalista-paciente. Com o aumento das angústias e impulsos resultantes da evolução neurose de transferência e sem elaboração suficiente dos conflitos inconscientes – por haver apenas uma sessão semanal – as atuações (acting out) seriam mais frequentes.

Outra consequência importante da redução do número de sessões por semana é dificultar o aprofundamento da análise do inconsciente. O nível de penetração da psicoterapia psicanalítica vai se tornando mais superficial quanto menos o paciente comparece porque, com o espaçamento de tempo entre uma sessão e outra, o trabalho realizado vai se diluindo; a regressão se desfaz com o efeito de que os conflitos inconscientes ficam menos acessíveis à observação e elaboração. Os assuntos trazidos à psicoterapia psicanalítica vão sendo as situações problemáticas externas com que o paciente vai se deparando no dia a dia. Muitas vezes, a intensidade da angústia do paciente com problemas urgentes leva o psicoterapeuta a enveredar por uma via suportiva, amparando e aconselhando o paciente, abandonando a postura de neutralidade que favorece a emergência e investigação do inconsciente. Essa postura benigna do psicoterapeuta bloqueia a emergência da transferência negativa e limita o aprofundamento da análise para níveis mais profundos (Klein: *The origins of transference*¹, 1952). Para atender a essa demanda de dificuldades atuais que o paciente vai trazendo a atenção do psicoterapeuta focaliza-se na evolução das angústias contemporâneas fazendo com que a Psicoterapia Psicanalítica acabe se tornando uma “psicoterapia breve de longo prazo” destituída de investigação do inconsciente no aqui-e-agora da sessão. No modelo de

Psicoterapia Breve Operacionalizada que desenvolvi ao longo de 45 anos (Simon, R. 2005) o psicoterapeuta se utiliza do que denominei “*interpretação teorizada*”. Esta, consiste numa “construção” (baseada na contribuição de Freud, 1937: *Construções em análise*) efetuada pela combinação do histórico do paciente e sua repetição nas escolhas que realiza na vida atual (“*cotransferência*”²). Nada a objetar se a finalidade do trabalho é a psicoterapia breve; mas, se o intuito é praticar psicoterapia psicanalítica, o propósito do trabalho não é atingido. A Psicoterapia Breve Operacionalizada que desenvolvi ajuda o paciente a encontrar soluções atuais mais adequadas para os problemas vividos no presente, mas não proporciona reestruturação da personalidade (Wolberg, 1967). Devido ao envolvimento com as emergências quotidianas do paciente vai se exacerbando o *desejo* do psicoterapeuta de ajudá-lo em seu apelo atual. E, para compreender as complexidades do presente trazidas pelo paciente o psicoterapeuta vai recorrendo à *memória* do que conseguiu captar nas entrevistas e nas sessões anteriores – além da *memória das teorias psicanalíticas* – para ajudar o entendimento do relatado na sessão. Essa ocorrência da utilização de *memória* e *desejo* é o que Bion (1957) recomenda que o psicanalista deva evitar para poder se colocar em condições de descobrir o desconhecido, o novo, possível de ser alcançado em cada sessão; mas, principalmente, para favorecer o estado de atenção flutuante que permite a intuição do inconsciente. Com isso, o psicoterapeuta que trabalha com uma sessão semanal oferece ao paciente uma compreensão momentânea das complicações vividas no presente; mas o “descobrimento” do inconsciente do paciente vai se tornando mais improvável.

Lembro-me que há muitos anos atrás, ainda no Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, resolvi formar um pequeno grupo com quatro médicos que atendiam pacientes adultos no Centro de Saúde da instituição. Um dos achados que me deixou espantado (e essa concepção deve perdurar nos médicos ainda hoje) é que, numa certa reunião com esse grupinho, um dos médicos mais expansivos assim manifestou sua indignação com os pacientes que acorriam ao Centro de Saúde: “Porra! A gente gasta um tempo enorme com um bando de gente que vem aqui e não tem nada! Oitenta e cinco por cento dos pacientes que vem aqui ocupar o tempo da gente não precisam de médico?” O aumento da população que já sabe que “não

¹ Melanie Klein considera a análise da transferência negativa um requisito essencial para aprofundamento da penetração no inconsciente.

² Para conhecer o conceito de *cotransferência* recomendo a leitura do capítulo 4 de meu livro *Psicoterapia Psicanalítica*: S. Paulo, *Casa do Psicólogo*, 2010. No XIX Encontro do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica a ser realizado em 07 de novembro de 2015, apresentarei um trabalho intitulado: *Variedades e Variações da Cotransferência*.

precisa de médico”, em consequência de maior divulgação das formas de ajuda (ou mesmo por indicação dos próprios médicos mais esclarecidos) incrementa a busca por atendimento psicoterápico. Todavia, a maioria destes buscadores de psicoterapia não tem recursos para custear uma psicoterapia psicanalítica tradicional; utiliza-se de Convênios que só podem arcar com reduzido número de sessões: atualmente de 12 (a até 60 sessões os mais refinados). E, quando cessa o custeio do Convênio têm de tirar do próprio bolso o pagamento dos honorários, o que limita inevitavelmente o número de sessões semanais e a duração das terapias. Num certo sentido, o Convênio funciona como o primeiro copo d’água que aplaca a sede; mas, depois que cessa, deixa o sequioso ainda com mais vontade, desejoso de mais água que não lhe será servida.

Do lado dos psicoterapeutas psicanalistas a redução do número de sessões vai abrindo “janelas” em sua agenda. Por necessidade de subsistência ele preenche essas janelas com novos pacientes de Convênio. Desse modo, duplica ou triplica o número de pessoas atendidas diariamente. Com tantas pessoas e tantos problemas angustiantes exigindo sua participação ocorre uma sobrecarga de fadiga e diminuição natural do interesse no acompanhamento de cada caso; até mesmo pela limitação mental de abarcar simultaneamente tantas situações individuais. A empolgação pelo trabalho psicoterápico arrefece; a tarefa de aprofundar o entendimento é dificultada pela menor frequência às sessões; a atividade psicoterápica psicanalítica acaba se assemelhando a um trabalho braçal no qual a quantidade se sobrepõe à qualidade.

Recapitulando ligeiramente o que foi visto acima: a redução do número de sessões semanais dificulta o envolvimento transferencial do paciente, resultando na diminuição de elementos para observação no aqui-e-agora, induzindo o terapeuta a se concentrar no “lá-e-então” dos problemas externos do paciente; isso superficializa a observação e produz distanciamento do foco da Psicoterapia Psicanalítica que é a investigação do inconsciente. Isto é, vai se tornando mais difícil intuir o inconsciente no momento em que o paciente vai fazendo suas comunicações. Assim, de tanto desviar sua atenção para os problemas externos do paciente, de tanto ter de refletir sobre as soluções para suas agruras quotidianas, de tanto ter que lidar com emergências, o psicoterapeuta psicanalista deixa de atentar para a relação transferencial, de intuir o inconsciente, resultando que seu próprio funcionamento mental vai se deteriorando, com embotamento da capacidade analítica. Uma exceção a essa regra é quando o paciente já foi analisado durante tempo suficiente com

várias sessões semanais e procura reanálise com apenas uma sessão por semana. Nesse caso, como a familiaridade com a percepção dos conflitos inconscientes já é mais ampla, o próprio paciente se dá conta, ou capta mais facilmente o significado inconsciente das associações e até participa das interpretações. Ou, quando o psicoterapeuta envereda por uma senda menos clara, o ajuda a separar os descaminhos e calibrar as interpretações.

A perspectiva é a de que a Psicoterapia Psicanalítica trabalhada cada vez com menos sessões vá criando para os psicoterapeutas psicanalistas obstáculos cada vez mais difíceis de superar. Estes desafios me levam a pensar em soluções para tentar deter essa deterioração da capacidade analítica nos terapeutas mais experientes, bem como incrementar essa capacidade nos recém-formados. Em minha experiência: primeiro como participante, depois como coordenador de grupos de estudos, notei ser esta uma prática que ajuda a incrementar o conhecimento da teoria e também desenvolver a técnica psicoterápica. Os grupos de estudos que coordeno são repartidos em dois tempos: na primeira parte usamos um texto para breve leitura como pretexto para desenvolvermos uma discussão que envolve raciocínio e prática dos participantes. Contudo, ainda que o texto lido seja um pretexto para animar uma discussão, não deixo de ressaltar as complexidades, consequências, profundidades e alcance dos conceitos envolvidos na leitura. Essa prática nos ajuda a nos elevar na compreensão mais ampla dos conceitos sem perder o pé da base onde se originam. É como empinar uma pipa: quanto mais ela sobe, mais necessita de uma linha consistente para suportar o esforço. Se a linha for frágil, o terapeuta se dispersa em divagações; a linha se rompe e a pipa se perde. A linha sólida que nos mantém suspensos sem perder o chão são leituras de Freud, Klein e Bion. No segundo tempo dos grupos de estudos um colega de cada vez traz para supervisão uma sessão de psicoterapia psicanalítica por ele atendida, a qual é acompanhada por comentários dos colegas e também por mim. Essa prática é útil principalmente para auxiliar o terapeuta experiente – que fica tão ocupado em resolver os problemas atuais do paciente – que desatende às interações da transferência. Às vezes, o supervisionando percebe durante o grupo as implicações da contratransferência enredadas na transferência do paciente, captando a percepção de suas manifestações inconscientes e recuperando sua capacidade analítica. Para os psicoterapeutas psicanalistas iniciantes essa segunda parte do grupo de estudos, na qual ele apresenta uma sessão de seu atendimento, descobre que, por angústia, tenta aliviar logo as dores do paciente

realizando terapia suportiva; e deixa de ver as implicações inconscientes das comunicações. Ou, angustiado com o silêncio do paciente, intervém com indagações sobre a vida atual e passada deste, transformando a sessão numa entrevista psicológica.

Proponho a analogia de *Grupos de Estudo de Psicoterapia* com *Academias de Ginástica*: assim como é necessário exercitar-se fisicamente para manter a saúde corporal, a participação constante nos Grupos de Estudo favorece a manutenção e desenvolvimento de saúde psíquica e profissional.

É bem de ver que, se apesar da participação em grupos de estudos ser benéfica para evitar a deterioração da capacidade analítica, o psicoterapeuta sentir que sua compreensão do material dos pacientes em nível profundo vai ficando opaca, e até mesmo a captação do próprio inconsciente vai se tornando difícil, a busca de mais supervisão individual e de reanálise deve ser cogitada.

Uma solução mais recente para tentar superar os inconvenientes da distância entre o consultório do psicoterapeuta e a residência do paciente é o uso do *Skype* (ou equivalente), principalmente quando a residência fica em outra cidade ou mesmo outro país. Para o psicoterapeuta psicanalista habituado a trabalhar com o paciente no divã essa forma de atendimento face a face com pacientes através de uma tela – em vez de pessoalmente – gera uma estranheza e um constrangimento inegáveis. Talvez para o terapeuta formado há pouco e que se utiliza dessa prática logo após o início de sua atividade essa estranheza seja menor. Algo que contribui para esse desconforto é certamente o fato de que o paciente está “em outro lugar”; em um ambiente que não é o consultório do terapeuta; e o paciente “vê” o terapeuta num consultório ao qual não tem acesso. Esse constrangimento pode ser menor se o paciente já esteve sendo atendido pelo terapeuta anteriormente e ambos tiveram uma familiaridade. Parece paradoxal: o trabalho psicanalítico deve ser feito com a anonimidade do psicoterapeuta para facilitar as projeções das figuras do mundo interno do analisando sobre o terapeuta. Quando o paciente percebe que a confusão entre a figura projetada no terapeuta e o terapeuta real são distintos, começa a ter noção do que é fantasia e o que é realidade; e pode transportar essa compreensão para outras situações da vida. No *skype*, a anonimidade – provocada pela falta de contato pessoal entre ambos, e mediada por um artefato, produz uma transferência dificilmente modificável, dado que o “distanciamento” do contato pouco favoreceria uma modificação da transferência. Explicando melhor: é provável que aquilo que

Strachey denominou “interpretação mutativa”³ em seu magistral artigo “*A natureza da ação terapêutica da psicanálise*” (1934) dificilmente ocorra com uso do *skype* (ou outro equipamento análogo que procure substituir o contato face a face⁴). Portanto, se pelo *skype* o paciente consegue a superação do tempo – consegue “chegar à sessão” na hora certa – não evita a “distância pessoal”; isto é, fica faltando a proximidade concreta entre ambos, que cria a sintonia afetiva necessária para a elaboração do trabalho psicanalítico em profundidade. A posição do paciente face-a-face, no *skype*, em vez de deitado no divã, restringe sua *associação livre*; complementarmente, essa postura dificulta a disposição do terapeuta para *atenção livremente flutuante*, com a consequência de inibir sua intuição do inconsciente. Essa constatação é palpável nos momentos em que ocorre silêncio. Com o paciente no divã o silêncio é bem mais suportável; este pode se deter minutos ou até mesmo a sessão inteira sem pronunciar uma palavra, sem provocar sobressalto em ambos. Intuitivamente o psicoterapeuta capta a comunicação, sentindo se o paciente se cala por angústia, vergonha, culpa (caso em que formula uma interpretação), ou por estar vivendo uma situação de calma bem-aventurada que deve ser respeitada. No contato frente a frente pelo *skype* o silêncio prolongado desperta constrangimento de parte a parte.

Vale mencionar ainda as interrupções da comunicação por problemas técnicos: ora a fala de um ou de outro se perde, e se tornaria incômodo ficar pedindo para repetir o que não foi ouvido; ora a interrupção técnica se intromete num momento crucial, prejudicando a compreensão afetiva. De modo que me parece demasiado esperar que a psicoterapia psicanalítica feita por instrumentos à distância substitua adequadamente a relação pessoal que se estabelece nos encontros na sala de consulta. Ademais, se a duração do atendimento excede alguns meses (segundo o relato de colegas que trabalham mais amiúde com essa modalidade) o relacionamento se esgarça, vai se desfazendo, o paciente sente necessidade de contato pessoal com o terapeuta para revitalizar o relacionamento. Penso que, até demonstração em contrário, a prática da psicoterapia psicanalítica por instrumentos não vai além

³ Sucintamente, *Interpretação mutativa* ocorre em duas fases: na primeira, o paciente projeta no psicoterapeuta e o identifica com a imagem de um objeto interno superegíco (transferência) confundindo-o com essa figura arcaica e relaciona-se com o terapeuta conforme essa projeção. Na segunda fase, devido ao fato do terapeuta agir realisticamente, o paciente o diferencia como *superego auxiliar* e, introjetando-o como tal, vai modificando a estrutura de seu superego arcaico. (O acúmulo dessas mínimas alterações aos poucos vai mudando a estrutura da personalidade do paciente.)

⁴ Ainda que o progresso das comunicações criasse um artefato que produzisse uma imagem tridimensional, isso não substituiria a proximidade concreta vivida com o psicoterapeuta psicanalista.

da superfície e seus benefícios não parecem diferentes dos resultados obtidos por psicoterapias mais suportivas.

Nenhuma atividade humana pode ser efetuada sem a influência do ambiente cultural. Em tempos recentes a conectividade interpessoal tem se expandido enormemente, graças a dispositivos que utilizam a fala ou a escrita, sem que isso implique em ampliação do entendimento além da superfície entre as pessoas. Pelo contrário, a superficialização parece ser a norma. Dada a pressa em transmitir uma mensagem por computador ou por celular, a escrita é truncada, as palavras são reduzidas a alguns grunhidos ou rabiscos, vogais e consoantes sem nexos, sem pontuação, só inteligíveis pelos iniciados. Não há cuidado com a clareza, o estilo, a profundidade; só a rapidez comanda os contatos, como se cada comunicação fosse urgentíssima! É comum passar por uma mesa num restaurante e encontrar cinco pessoas cada qual ocupada com seu celular, interagindo não se sabe com quem, mas certamente sem comunicação entre si. Os celulares estão invadindo até a sala de atendimento em psicoterapia psicanalítica. Frequentemente se ouve um celular tocando durante a sessão e geralmente o paciente o ignora ou desliga. No entanto, tenho um paciente que vem com dois celulares ligados durante a sessão, às vezes os consulta para saber de novas mensagens e os atende quando supõe uma comunicação importante. Interpreto esse comportamento de ânsia de comunicação como expressão de uma voracidade dominadora cuja falta de controle impele para a exterioridade, o distanciamento de si mesmo, da reflexão profunda para discriminar o que é importante do que é aleatório, e do recolhimento narcísico que é necessário para cuidar-se física e mentalmente. E também, do isolamento necessário para pensar detidamente o relacionamento com pessoas significativas de seu universo pessoal, apurar sua gratidão, reconhecer seus equívocos e fazer reparações. Essa alienação compartilhada e dominante em nossos costumes atuais repele o interesse pelo subjetivo, pelo âmbito da Psicanálise, conduzindo ao distanciamento da procura pela psicoterapia psicanalítica. Se algo o incomoda, se um sintoma o martiriza, recorre às drogas – lícitas ou ilícitas. E se nem assim obtém alívio, procura alguma forma de terapia que faça cessar o distúrbio.

A pressa em obter resultados impulsiona a busca por outras modalidades de terapias que atualmente têm tido procura crescente. Essas são consequências da mesma avidez comunicacional, da mesma busca por rapidez de resultados que prevalece na cultura atual. É de se indagar se a busca de alívio dos efeitos sem conhecimento

das causas é uma prática preventiva inteligente para um ser humano. Permanecendo as causas os efeitos vão se manifestar em outras áreas do comportamento porque os dinamismos inconscientes em conflito vão procurar outra saída. Mas, se o sujeito tem alívio imediato já é o bastante. Quando outro distúrbio surgir no futuro se pensará em como afastá-lo... E assim por diante.

Como resultado da postura atual de nossa cultura imediatista a busca de psicoterapia psicanalítica tem diminuído. Mas a perseverança e a paciência inerente ao praticante da psicoterapia psicanalítica preservará a esperança em sua permanência. Quando tudo tiver sido feito e vivido os achados verdadeiros da Psicanálise prevalecerão. A verdade não precisa quem a defenda; a mentira, sim. Mas a ânsia de verdade levará as pessoas a buscá-la onde ela pode estar: nos achados pertinentes conseguidos com muito custo por Freud e seus continuadores. A roda da vida dá uma volta e outra atitude cultural mais reflexiva colocará novamente a Psicoterapia Psicanalítica em evidência.

Referências Bibliográficas

- Bion, W.R. (1967) – Notes on memory and desire. In *The Psychoanalytic Forum*, 2: 272-3, 279-80
- Freud, S. (1914) – On narcissism: an introduction. Standard Edition (S.E.) trad. James Strachey – London: Hogarth Press vol. XIV., 1974
- _____ (1919) – Lines of advance in Psycho-analytic therapy. S. E. vol. XVII
- _____ (1937) – Constructions in analysis. S. E. vol. XXIII
- Klein, M. (1952) – The origins of transference. In *The Writings of Melanie Klein* London: Hogarth Press, vol. III – 1975.
- Simon, R. (1989) – *Psicologia Clínica Preventiva*. S. Paulo: Editora Pedagógica e Universitária. (2ª edição 2010).
- _____ (2005) – *Psicoterapia Breve Operacionalizada* S. Paulo: Casa do Psicólogo.
- _____ (2010) – *Psicoterapia Psicanalítica – Concepção Original*. S. Paulo: Casa do Psicólogo
- Strachey, J. (1934) – The nature of the therapeutic action of Psycho-Analysis. In *The International Journal of Psycho-Analysis*, 15 (2/3): 127-159, 1934.
- Wolberg, L. R. (1967) – *The Technique of Psychotherapy*. N. York: Grune & Stratton